

AUTORISATION PARENTALE

Je préfère que mon fils, ma fille, soit admis(e) :

Dans un hôpital*

Dans une clinique*

*cochez la mention choisie

Je soussigné(e), dégage de toute responsabilité personnes à qui je confierai la charge de mon enfant lors des déplacements effectués dans le cadre de son activité sportive et j'autorise les responsables du Castres Hockey Club à prendre toutes les mesures nécessaires au cas où mon enfant serait victime d'un accident hors de ma présence.

Fait à, le

Signature

CERTIFICAT MÉDICAL ou SUR PAPIER LIBRE

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe apparent semblant contre-indiquer la pratique du hockey sur glace en compétition dans sa catégorie d'âge.

Fait à, le

Signature et tampon du médecin

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Allergies aux médicaments :

Allergies alimentaires :

Lunettes, lentilles, appareil dentaire... :

Autres :

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....

Autorise, n'autorise pas (*) le Castres Hockey Club à :

- * Publier ma photographie et mes noms, adresse et références sur le site Internet et différents documents du Castres Hockey Club.
- * Publier la photographie de mon fils, ma fille, sur le site Internet et différents documents du Castres Hockey Club.

** rayer la mention inutile.*

M'engage à ne pas utiliser l'image du Castres Hockey Club sans autorisation préalable.

Fait à.....le

Signature

ANTIDOPAGE

Je soussigné,

Joueur majeur* ou représentant légal de l'enfant mineur*

Conformément à l'article 7 du décret relatif aux prélèvements et examens autorisés dans les contrôles antidopage

Autorise*

N'autorise pas*

*cochez la mention choisie

que soit effectué un prélèvement nécessitant un prélèvement sanguin ou salivaire.

En foi de quoi, je remets la présente attestation au Responsable de l'Association dans laquelle je suis (ou mon enfant) est licencié(e).

Date :

Signature :